

## El auge de la esporotricosis en Latinoamérica: la urgente necesidad de una respuesta desde Una Sola Salud

Eduardo M. M. Falcão<sup>1,2\*</sup>, David J. Chandler<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatología, Instituto de Dermatología Prof. Rubem David Azuly, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Dermatología, Laboratório de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Río de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup>Departamento de Dermatología, Brighton General Hospital, University Hospitals Sussex NHS Foundation Trust, Brighton, Reino Unido.

<sup>4</sup>Departamento de Salud Global e Infecciones, Brighton and Sussex Medical School, Brighton, Reino Unido.

\*Autor de correspondencia: [edummf@yahoo.com.br](mailto:edummf@yahoo.com.br)

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

**Palabras clave:** Esporotricosis; epidemiología; Una Sola Salud; salud pública.

### Puntos clave de aprendizaje

- La esporotricosis es una infección fúngica subcutánea causada por diversas especies de *Sporothrix spp.*, siendo *S. brasiliensis* la más prevalente en los brotes recientes.
- La enfermedad se transmite principalmente mediante inoculación traumática durante actividades como la jardinería, o por vía zoonótica, sobre todo a partir de gatos.
- Si bien en la mayoría de los casos es benigna, la esporotricosis reviste importancia para la salud pública debido a su impacto social, carácter ocupacional, potencial de diseminación en poblaciones vulnerables y los cambios epidemiológicos recientes.
- La atención multidisciplinaria resulta fundamental, sobre todo en pacientes inmunosuprimidos y cuando hay diseminación.
- Para prevenir y controlar la esporotricosis es imprescindible un enfoque integrado de la salud humana, animal y ambiental.

### Resumen

La esporotricosis es una infección fúngica subcutánea cada vez más reconocida como problema de salud pública, especialmente en Brasil, donde la enfermedad causada por *S. brasiliensis* es cada vez más frecuente. La infección se transmite principalmente por traumatismos ambientales o por vía zoonótica, especialmente a partir de gatos. La esporotricosis es predominantemente una infección cutánea; las formas linfocutánea y cutánea fija son las más frecuentes. Puede haber afectación sistémica, especialmente en individuos inmunosuprimidos. Aunque el itraconazol es el tratamiento de primera elección, el yoduro de potasio y la terbinafina constituyen alternativas para casos específicos. Los casos graves pueden requerir tratamientos más intensivos, como la anfotericina B liposomal o intervenciones quirúrgicas adyuvantes. La esporotricosis sigue representando un problema significativo de salud pública, sobre todo en áreas hiperendémicas como Río de Janeiro, Brasil. El impacto de la enfermedad ha aumentado debido a cambios epidemiológicos, lo que exige mejores estrategias de prevención, diagnóstico temprano y planes de tratamiento individualizados para reducir su propagación y gravedad.

### Contenido

- 17 El auge de la esporotricosis en Latinoamérica: la urgente necesidad de una respuesta desde Una Sola Salud  
Eduardo M. M. Falcão y David J. Chandler
- 20 Cuestionario  
Swati Pujar y Ramesh Bhat
- 21 Congreso de Dermatología Tropical de la Guayana Francesa: resumen - Parte I  
Romain Blaizot *et al.*
- 25 Cumbre Mundial de la Piel de la ILDS
- 26 Del exantema al diagnóstico: primeras perspectivas sobre el impacto de las oportunidades de aprendizaje formal e informal en el fortalecimiento de competencias de trabajadores de atención primaria en campamentos dermatológicos de Tanzania  
Nelly Mwageni *et al.*
- 30 CARTAS AL EDITOR



**Fig 1.** Esporotricosis linfocutánea. Lesión ulcerada en la mano con nódulos eritematosos de distribución linfática en antebrazo y brazo.

# El auge de la esporotricosis en Latinoamérica: la urgente necesidad de una respuesta desde Una Sola Salud...continuación

## Introducción

La esporotricosis, causada por *Sporothrix* spp., es una infección fúngica subcutánea endémica clasificada como micosis de implantación. La infección suele producirse por inoculación traumática del hongo en la piel durante actividades como la jardinería o la agricultura, o por transmisión zoonótica, especialmente a partir de gatos.<sup>1</sup> Las especies con mayor relevancia clínica y más frecuentemente implicadas en infecciones humanas son *S. schenkii*, *S. brasiliensis*, *S. globosa*, *S. mexicana* y *S. luriei*.<sup>2</sup> Aunque la infección rara vez es mortal y suele permanecer localizada en la piel, la esporotricosis reviste importancia para la salud pública por su impacto social, carácter ocupacional, potencial de diseminación en poblaciones vulnerables y los cambios epidemiológicos observados desde finales de los años noventa. Para afrontar estos desafíos se requiere una intervención urgente que integre la salud humana, animal y ambiental conforme al enfoque de Una Sola Salud.

## Epidemiología

La esporotricosis presenta distribución mundial, con mayor prevalencia en regiones tropicales y subtropicales donde las condiciones ambientales y climáticas favorecen la propagación del patógeno. La infección es endémica en algunas áreas, como Latinoamérica y China, y se han notificado brotes en varios otros países, entre ellos EE. UU., Sudáfrica y Australia, generalmente asociados a actividades ocupacionales como trabajo en minas, jardinería, manipulación de pescado y agricultura. En China se han registrado brotes de la enfermedad tras inundaciones.<sup>1,3</sup>

En los últimos años, la incidencia de la esporotricosis ha aumentado notablemente, inicialmente en Río de Janeiro, Brasil. Desde 1997, cuando *S. brasiliensis* se identificó como la especie principal implicada en la situación hiperendémica zoonótica del estado, el número de casos ha ido en aumento en todo Brasil y los países vecinos.<sup>4,5</sup> Esta tendencia ascendente se refleja en las hospitalizaciones y muertes por esporotricosis en todo Brasil<sup>6</sup> y, hasta 2023, se han notificado oficialmente a las autoridades del estado de Río de Janeiro más de 14.000 casos humanos y 20.000 felinos.<sup>7</sup>

Fuera de Brasil, *S. brasiliensis* se ha notificado en otros países de América y Europa, donde los casos correspondían a pacientes procedentes de Brasil. Esta especie también se ha detectado en muestras de suelo en Argentina. Sin embargo, el cambio climático y las variaciones en la dinámica espacial dificultan predecir con certeza en qué países y en qué momento surgirán condiciones propicias para nuevos brotes.<sup>7</sup>

## Presentación clínica

La esporotricosis cutánea es la forma clínica más frecuente. La mayoría de los pacientes (75-80 %) presentan la forma linfocutánea (Figs. 1 (página anterior) y 2), caracterizada por una lesión inicial en el sitio de inoculación, generalmente ulcerada, y lesiones similares con distribución linfática ascendente. La forma clínica cutánea menos frecuente, la forma cutánea fija (Fig. 3), se caracteriza por una única lesión ulcerada, a veces vegetante, en el sitio de inoculación, generalmente acompañada de pequeñas lesiones satélite.<sup>1</sup>

Debido al creciente número de casos causados por la muy virulenta *S. brasiliensis*, se han notificado con mayor frecuencia



**Fig 2.** Esporotricosis linfocutánea. Ulceración del tercer dedo con destrucción ungueal y nódulos de distribución linfática en mano y antebrazo. El paciente también presentaba afectación ósea por propagación contigua.

formas clínicas atípicas y reacciones de hipersensibilidad, especialmente en Río de Janeiro. Se han observado eritema nodoso, síndrome de Sweet, eritema multiforme y artritis reactiva asociados tanto a formas cutáneas como extracutáneas de la enfermedad.<sup>5</sup>

Las lesiones ulceradas y la presentación esporotricóide pueden aparecer en diversos diagnósticos diferenciales, como leishmaniasis cutánea, infecciones por micobacterias, otras micosis e incluso neoplasias. Deben tenerse en cuenta la historia clínica y el contexto epidemiológico, y realizarse las pruebas de laboratorio pertinentes.<sup>1</sup>



**Fig 3.** Esporotricosis cutánea fija. La ulceración se limitaba al sitio de la lesión inicial en la cara dorsal del brazo de un niño de 5 años.

Además de las formas cutáneas, la esporotricosis puede afectar el sistema esquelético (por propagación contigua o diseminación), así como pulmones, ojos y sistema nervioso central. La afectación sistémica es más frecuente en pacientes inmunosuprimidos y se observa a menudo en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La afectación sistémica debe investigarse en pacientes inmunosuprimidos o sintomáticos, lo que requiere un abordaje multidisciplinario integral que incluya radiografía de tórax, huesos largos o aquellos contiguos a la lesión, además de evaluaciones oftalmológicas, otorrinolaringológicas y neurológicas.<sup>5,8</sup>

La prueba más utilizada y fiable para el diagnóstico es el cultivo de tejido o del exudado de la lesión. El examen micológico directo resulta negativo en la mayoría de los casos. Si bien la serología, las pruebas moleculares y los ensayos de flujo lateral son prometedores y están disponibles en servicios de investigación, aún no se encuentran ampliamente accesibles.<sup>7</sup>

### Tratamiento

El itraconazol es el fármaco de elección para el tratamiento de la esporotricosis (Tabla 1). La dosis puede oscilar entre 100 y 400 mg según las manifestaciones clínicas, las comorbilidades y la respuesta al tratamiento. Por lo general, el tratamiento dura como mínimo tres meses. No obstante, se han observado duraciones de tratamiento más prolongadas en infecciones causadas por *S. brasiliensis*. El itraconazol es un potente inhibidor de CYP3A4, por lo que presenta numerosas interacciones medicamentosas potenciales. Debe obtenerse una historia clínica completa y puede considerarse la suspensión temporal de otros medicamentos.<sup>1,9</sup>

El yoduro de potasio, aunque es un fármaco antiguo y ya poco utilizado, tiene efecto inmunomodulador en la esporotricosis y demuestra buena eficacia. Se emplea especialmente en niños y en el tratamiento de formas de hipersensibilidad durante situaciones hiperendémicas. La dosis recomendada es de 2,8 a 3,5 g al día, repartida en dos o tres tomas. La intolerancia gastrointestinal es el principal motivo de suspensión, y la función tiroidea debe vigilarse durante el tratamiento.<sup>9</sup>

Se observan tasas crecientes de cepas de *S. brasiliensis* de tipo no salvaje con susceptibilidad reducida al itraconazol, lo cual resulta preocupante dada la limitada gama de tratamientos disponibles. En pacientes con contraindicaciones al itraconazol

o en casos de fracaso terapéutico, puede emplearse terbinafina a dosis de 250 a 1000 mg diarios durante un período similar.<sup>9,10</sup>

La criocirugía, la termoterapia, la electrocirugía o la escisión pueden utilizarse como terapias adyuvantes en casos de mala respuesta terapéutica o cuando otros medicamentos están contraindicados, como durante el embarazo.<sup>5,9</sup>

En casos más graves con diseminación, especialmente en pacientes inmunosuprimidos, debe utilizarse anfotericina B, preferentemente en formulaciones liposomales, a dosis de 3 a 5 mg/kg/día. Los esquemas de tratamiento propuestos en la literatura varían según la situación clínica y van desde la administración diaria durante 2 a 6 semanas hasta la dosificación intermitente varias veces por semana. El paciente debe continuar el tratamiento con itraconazol hasta que mejoren los síntomas.<sup>9,8</sup>

Los casos de hipersensibilidad secundaria a esporotricosis suelen responder bien al tratamiento antifúngico; sin embargo, pueden añadirse antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o corticosteroides en casos más sintomáticos. Por su actividad inmunomoduladora, el yoduro de potasio puede ser una opción terapéutica adecuada en estos casos.<sup>5,9</sup>

### Prevención y control

Las medidas preventivas incluyen el uso de ropa protectora y guantes al manipular tierra, plantas o gatos clínicamente afectados, y la práctica del cuidado de heridas recomendado. Las iniciativas de salud pública deben centrarse en el enfoque de Una Sola Salud, educando a la comunidad sobre los riesgos de la transmisión zoonótica y la importancia de buscar atención médica inmediata ante lesiones cutáneas sospechosas. Se ha demostrado que *S. brasiliensis* puede sobrevivir en el ambiente sobre materiales como acero inoxidable y madera hasta 25 días; aunque se necesitan más estudios, este hallazgo sugiere la posibilidad de transmisión por fómites. Las estrategias para reducir la transmisión incluyen el diagnóstico y tratamiento de gatos infectados, campañas de concientización que promuevan la tenencia responsable de mascotas, el uso de equipo de protección personal al manipular animales sintomáticos y la eliminación adecuada de felinos fallecidos para reducir la contaminación ambiental. La esporotricosis pasó a ser enfermedad de notificación obligatoria en Brasil en marzo de 2025.

Continúa en la página siguiente...

**Tabla 1. Tratamiento de la esporotricosis cutánea y sistémica**

|   | Cutánea          | Sistémica                              |
|---|------------------|--|
| Itraconazol <b>VO</b><br>(cápsula de 100 mg)  | 100-400 mg       | 200-400 mg                             |
| Terbinafina <b>VO</b><br>(comprimido de 250 mg)   | 250-1000 mg      | Raramente                              |
| Yoduro de potasio <b>VO</b><br>(Solución saturada - 1,42 g/ml; Solución concentrada - 1,0 g/ml) | 2,8-3,5 g/kg/día | No indicado                            |
| Anfotericina B <b>IV</b><br>Desoxicolato<br>Complejo lipídico/liposomal                         | Raramente        | 0,5-1,0 mg/kg/día<br>3,0-5,0 mg/kg/día |

Abreviaturas: VO, vía oral; IV, intravenosa

Adaptado de: Orofino-Costa et al. 2022

# El auge de la esporotricosis en Latinoamérica: la urgente necesidad de una respuesta desde Una Sola Salud...continuación

## Conclusión

La esporotricosis sigue siendo un problema de salud pública importante, sobre todo en regiones endémicas. La vigilancia continua, la investigación y los esfuerzos en salud pública son fundamentales para controlar la propagación de esta infección y reducir su impacto en las poblaciones afectadas. Asimismo, resulta esencial un enfoque integrado de la salud humana, animal y ambiental. Un enfoque de Una Sola Salud bien implementado puede contribuir a la prevención y el control de la enfermedad, tanto en zonas donde ya está establecida como en regiones que puedan verse afectadas posteriormente.

## Agradecimientos

Agradecemos a las residentes Maria Lucia Paysano y Roberta Nicol D' Cunha su colaboración en la selección de las fotografías.

## Referencias

1. Barros MB, Almeida-Paes R, Schubach AO. *Sporothrix schenckii* y sporotrichosis. *Clin Microbiol Rev* 2011; **24**:633-54.
2. Zhou X, Rodrigues AM, Feng P, Hoog GS. Diversidad global del ITS en el complejo *Sporothrix schenckii*. *Fungal Divers* 2014; **66**:153-65.

3. Chakrabarti A, Bonifaz A, Gutierrez-Galhardo MC et al. Epidemiología mundial de la esporotricosis. *Med Mycol* 2015; **53**:3-14.
4. Barros MB, Schubach TM, Gutierrez-Galhardo MC, et al. Esporotricosis: una zoonosis emergente en Río de Janeiro. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2001; **96**:777-9.
5. Schechtman RC, Falcao EMM, Carard M et al. Esporotricosis: hiperendemia por transmisión zoonótica, con presentaciones atípicas, reacciones de hipersensibilidad y mayor gravedad. *An Bras Dermatol* 2022; **97**:1-13.
6. Falcao EMM, de Lima Filho JB, Campos DP et al. Hospitalizações e óbitos relacionados a esporotricose no Brasil (1992-2015). *Cad Sau. de Publica* 2019; **35**:e00109218.
7. Almeida-Paes R, do Valle ACF, Freitas DFS et al. Agenda de investigación actual y futura de la esporotricosis en el vigésimo quinto aniversario de la esporotricosis zoonótica en Río de Janeiro, Brasil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2024; **119**:e230208.
8. Freitas DF, de Siqueira Hoagland B, do Valle AC et al. Esporotricosis en pacientes con infección por VIH: serie de 21 casos de esporotricosis endémica en Río de Janeiro, Brasil. *Med Mycol* 2012; **50**:170-8.
9. Orofino-Costa R, Freitas DFS, Bernardes-Engemann AR et al. Esporotricosis humana: recomendaciones de la Sociedad Brasileña de Dermatología para el manejo clínico, diagnóstico y terapéutico. *An Bras Dermatol* 2022; **97**:757-77.
10. Francesconi G, Valle AC, Passos S et al. Terbinafina (250 mg/día): tratamiento eficaz y seguro de la esporotricosis cutánea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; **23**:1273-6.

## CUESTIONARIO

### Swati Pujar, Ramesh Bhat M.

Departamento de Dermatología, Father Muller Medical College, Kankanady, Mangalore, Karnataka, India.

Autor de correspondencia: sypujar0@gmail.com

Paciente de 42 años que acude a la consulta externa de dermatología con cuadro de cuatro semanas de evolución de prurito progresivo en cara y orejas. El prurito era de intensidad moderada a grave e interfería con las actividades diarias y el sueño. El prurito comenzó de forma insidiosa, inicialmente en la mejilla izquierda, y se extendió gradualmente hasta afectar la mayor parte de la cara y ambas orejas. No refería traumatismo previo, picadura de insecto ni aplicación de productos cosméticos nuevos. La higiene personal del paciente era deficiente; compartía habitualmente toallas, ropa de cama y prendas de vestir con otros miembros de la familia.



Fig 1.



Fig 2.



Fig 3.

En la exploración se observaron múltiples placas escamosas anulares, de eritematosas a hiperpigmentadas, con bordes bien definidos y ligeramente elevados, localizadas en mejillas y frente (Figuras 1 y 2). Destacaba un borde activo prominente con aclaramiento central. En el pabellón auricular izquierdo se apreciaban múltiples escamas secas blanquecinas poco adherentes (Figura 3). La Figura 4 muestra una preparación con KOH al 10% obtenida del raspado del borde activo de la lesión.

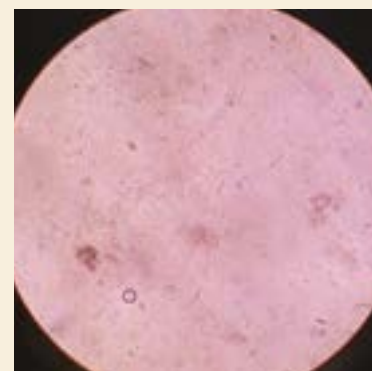


Fig 4.

**Pregunta 1 - A partir de los hallazgos clínicos y la preparación con KOH, ¿cuál es el diagnóstico más probable?**

**Pregunta 2 - Indique el signo clásico que se observa en el pabellón auricular en la Figura 3.**

Respuestas en la página 31.

# Congreso de Dermatología Tropical de la Guayana Francesa: resumen – Parte I

Romain Blaizot<sup>1</sup>, Quiterie Boscals de Réals<sup>1</sup>, Geoffrey Grotta<sup>1</sup>, Juliette Lebre<sup>1</sup>, Pauline Oddo<sup>1</sup>, Romain Chanlin<sup>2</sup>, Clémentine Dehlin<sup>2</sup>, Magalie Demar<sup>2</sup>, Antoine Adenis<sup>3</sup>, Kinan Drak<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Guayana Francesa, Cayena, Guayana Francesa.

<sup>2</sup> Laboratorio de Parasitología-Micología, Hospital Universitario de la Guayana Francesa, Cayena, Guayana Francesa.

<sup>3</sup> Servicio de Salud Pública, Hospital Universitario de la Guayana Francesa, Cayena, Guayana Francesa.

<sup>4</sup> Servicio de Histopatología, Hospital Universitario de la Guayana Francesa, Cayena, Guayana Francesa.

\*Autor para correspondencia: blaizot.romain@gmail.com

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

**Palabras clave:** Guayana Francesa; dermatosis tropicales; histoplasmosis; lobomycosis; cromoblastomycosis; tiña del cuero cabelludo.

## Resumen

La Guayana Francesa es un territorio francés de ultramar situado en América del Sur. Su territorio está cubierto principalmente por selva tropical densa y lo habitan múltiples poblaciones, entre ellas amerindios, criollos, cimarrones y europeos de origen caucásico. Gracias a su ubicación amazónica, su sistema sanitario francés de cobertura universal y la presencia de diversos orígenes étnicos y fototipos, la Guayana Francesa constituye un entorno singular para la dermatología tropical. El Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de la Guayana Francesa (anteriormente denominado Le Centre Hospitalier de Cayenne), ubicado en la capital Cayena, posee una amplia trayectoria en esta especialidad dentro del territorio. En marzo de 2025 se celebró en el hospital el primer Congreso de Dermatología Tropical de la Guayana Francesa, que contó con participantes de varios países. Este artículo corresponde a la Parte I de una serie de dos entregas que recogen un compendio de comunicaciones de interés formativo sobre dermatosis tropicales presentadas en dicho congreso. La Parte II aparecerá en un número posterior.

## Histoplasmosis cutánea en la Guayana Francesa: serie de casos

Pauline Oddo, Antoine Adenis, Geoffrey Grotta, Magalie Demar, Romain Blaizot

### Puntos clave de aprendizaje

- **La histoplasmosis cutánea es endémica en América del Sur, donde representa la infección oportunista más frecuente en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).**
- **Esta infección aparece en pacientes profundamente inmunosuprimidos con recuentos inferiores a 50 CD4/mm<sup>3</sup>.**
- **La histoplasmosis cutánea puede manifestarse con una amplia variedad de lesiones mucosas o cutáneas.**
- **Ante cualquier lesión sospechosa en un paciente con menos de 50 CD4/mm<sup>3</sup> en un área endémica, debe realizarse una biopsia cutánea para investigar la presencia de *Histoplasma capsulatum*.**

### Introducción

La histoplasmosis, causada por *Histoplasma capsulatum*, es una infección fúngica que se adquiere por inhalación de esporas suspendidas en el aire. En pacientes inmunosuprimidos —en especial aquellos con recuentos de CD4 muy bajos (a menudo < 100/mm<sup>3</sup>) y/o que viven con VIH— la infección puede progresar hacia una forma diseminada grave. La histoplasmosis es endémica en la Guayana Francesa, donde representa la infección oportunista definitoria de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) más frecuente.<sup>1</sup>

A menudo confundida con tuberculosis, la histoplasmosis está actualmente reconocida como una enfermedad tropical desatendida, sobre todo en entornos de recursos limitados donde las instalaciones diagnósticas para tejidos profundos son

escasas. La afectación cutánea, aunque menos frecuente que la pulmonar, ofrece una pista diagnóstica accesible y de bajo costo. La incidencia de histoplasmosis parece estar disminuyendo, probablemente gracias a la intervención más temprana frente al VIH.<sup>2</sup> No obstante, los profesionales sanitarios que atienden a personas con VIH pueden seguir encontrándose con casos de histoplasmosis cutánea.

### Métodos

Presentamos una serie de casos de histoplasmosis cutánea observados en la Guayana Francesa entre 2014 y 2024.

### Resultados

Todos los pacientes eran jóvenes (menores de 60 años) y llevaban residiendo en la Guayana Francesa al menos 10 años. Cinco de los seis pacientes eran seropositivos para VIH, con recuentos de CD4 por debajo de 50. En uno de los pacientes, la histoplasmosis fue la manifestación inicial, mientras que los otros cinco ya habían presentado infecciones oportunistas y habían abandonado el tratamiento para VIH durante varios años. El sexto paciente era VIH negativo, pero presentaba un linfoma cutáneo concomitante asociado al virus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1). Todos los pacientes con VIH mostraron deterioro del estado general.

La extensión del compromiso orgánico varió: tres pacientes presentaron únicamente afectación cutánea, uno tenía lesiones mucosas aisladas, otro enfermedad cutánea y pulmonar, y uno más afectación cutánea, ganglionar y de médula ósea.

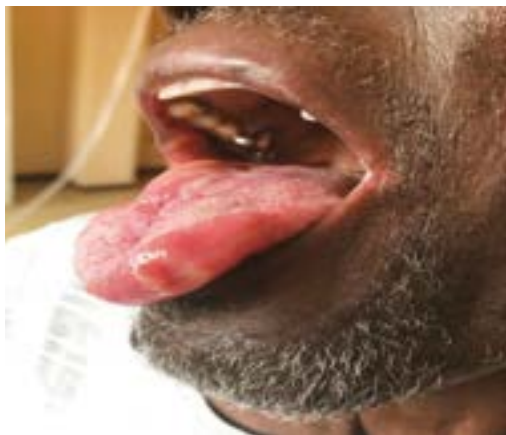
Las manifestaciones clínicas fueron muy polimórficas. El caso de afectación mucosa aislada cursó con infiltración granulomatosa y ulcerada de la lengua (Figura 1). Un paciente presentó pápulas

Continúa en la página siguiente...

# Congreso de Dermatología Tropical de la Guayana Francesa: resumen - Parte I ...continuación

diseminadas similares a prurigo, otras máculas escamosas difusas que recordaban una infección por dermatofitos (Figura 2), y otras máculas eritematosas inespecíficas dispersas. Uno de los pacientes presentaba lesiones de sarcoma de Kaposi coexistentes e infectadas con histoplasmosis, con pápulas vegetantes violáceas en el paladar y la piel. El paciente con linfoma asociado a HTLV-1 mostraba lesiones pseudotumorales difusas.

La biopsia cutánea resultó ser la primera prueba diagnóstica positiva en 5 de los 6 pacientes. Otros hallazgos diagnósticos incluyeron cultivos de biopsia positivos (2/6), hemocultivos



**Fig 1.** Lesiones de histoplasmosis mucosa: infiltración granulomatosa de la lengua.

**Fig 2.** Afectación cutánea por histoplasmosis: placas escamosas de aspecto dermatofítico en brazos y flancos.

fúngicos positivos (2/4), urocultivos (1/2) y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre (1/1).

Dado el carácter retrospectivo del estudio, no fue posible determinar con precisión la duración de la respuesta clínica cutánea al tratamiento. En conjunto, 4 de los 6 pacientes fallecieron; todos ellos presentaban infecciones oportunistas concomitantes. De los dos pacientes supervivientes, uno recibió itraconazol (400 mg dos veces al día durante 4 semanas) seguido de 6 meses de falta de adherencia, y posteriormente profilaxis secundaria con itraconazol durante 2 años. El segundo paciente superviviente recibió tratamiento con anfotericina B durante 7 días, seguido de itraconazol (600 mg durante 48 horas y luego 400 mg durante 8 meses), suspendiéndose el tratamiento a continuación. Este paciente presentó una recaída pulmonar dos años después.

## Discusión

Dada la amplia variedad de presentaciones clínicas, en consonancia con la literatura previa, el diagnóstico de histoplasmosis cutánea continúa siendo un reto. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la histoplasmosis ante cualquier manifestación dermatológica en pacientes seropositivos para VIH procedentes de regiones endémicas, especialmente cuando los recuentos de CD4 son inferiores a 50.

## Comparación entre lobomicosis y cromoblastomicosis en la Guayana Francesa

Geoffrey Grotta, Magalie Demar, Kinan Drak Alsibai, Romain Blairot

### Puntos clave de aprendizaje

#### Lobomicosis

- La lobomicosis es una enfermedad benigna, aunque las formas diseminadas pueden ocasionar un deterioro funcional y estético significativo.
- Los profesionales sanitarios de América del Sur deben conocer esta entidad, especialmente ante lesiones de aspecto queiloide.
- En la Guayana Francesa, la lobomicosis muestra un patrón epidemiológico particular, afectando sobre todo a quienes trabajan en la minería de oro.

#### Cromoblastomicosis

- La cromoblastomicosis es una infección crónica y desatendida provocada por hongos dematiáceos.
- Su presentación clínica se caracteriza por una evolución lenta e insidiosa, con lesiones verrugosas, nodulares o ulcerativas que afectan predominantemente los miembros inferiores.
- En la Guayana Francesa, el tratamiento de primera línea consiste en itraconazol a dosis altas, que puede complementarse con cirugía en casos seleccionados.

## Introducción

Las micosis cutáneas profundas constituyen un grupo desatendido de infecciones fúngicas crónicas de la piel que afectan predominantemente a personas de regiones tropicales y subtropicales. En la Guayana Francesa, la lobomicosis y la cromoblastomicosis son dos entidades especialmente infradiagnosticadas, que se observan con frecuencia en poblaciones con acceso limitado a la atención sanitaria. Estas infecciones evolucionan lentamente a lo largo de años, dando lugar a lesiones crónicas que suelen confundirse con otros trastornos dermatológicos, lo que provoca retrasos en el diagnóstico y el tratamiento.

La lobomicosis o enfermedad de Jorge Lobo, causada por *Paracoccidioides lobogeorgii* —anteriormente conocido como *Lacazia loboi*— sigue sin poder cultivarse y requiere examen histológico o micológico, generalmente mediante la identificación de cadenas de células levaduriformes en biopsia cutánea.<sup>3</sup> La escisión quirúrgica aislada rara vez resulta curativa, con tasas de recurrencia cercanas al 100%. La evidencia emergente avala el uso de politerapia con fármacos como rifampicina, clofazimina y dapsona, combinada con escisión quirúrgica para obtener mejores resultados.<sup>4</sup> Los antifúngicos convencionales son generalmente ineficaces en la lobomicosis, pero los nuevos tratamientos sistémicos con posaconazol parecen mostrar resultados prometedores en algunas series de casos.<sup>5</sup>

En la cromoblastomicosis, causada por hongos pigmentados de los géneros *Cladophialophora* y *Fonsecaea*, el tratamiento antifúngico con itraconazol o terbinafina debe combinarse con cirugía y/o crioterapia<sup>6,7</sup> en los pacientes que puedan costear estos medicamentos. No obstante, el costo del itraconazol sigue constituyendo una barrera importante para la adherencia al tratamiento.

Pese a sus similitudes en cuanto a evolución crónica y áreas de endemidad, existen diferencias entre estas dos micosis.

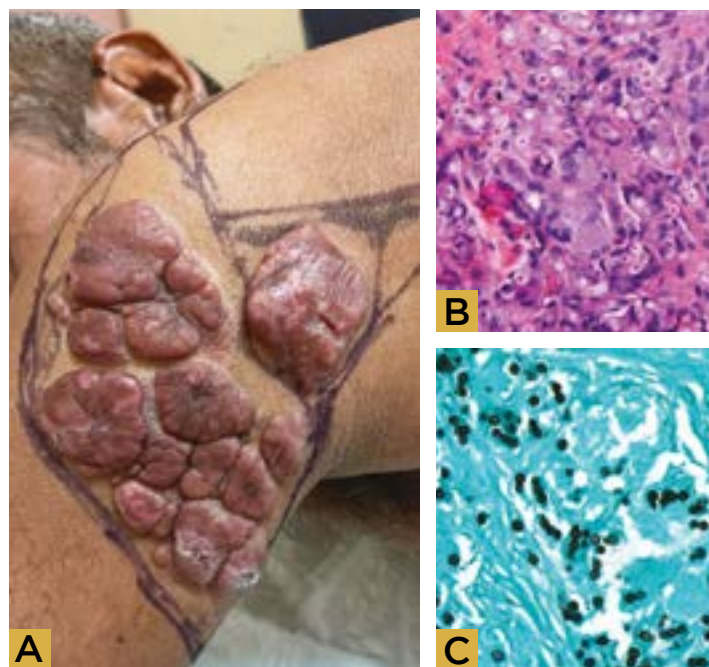
Nuestros objetivos fueron analizar todos los casos de lobomicosis y cromoblastomicosis diagnosticados en la Guayana Francesa desde la creación del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de la Guayana Francesa (anteriormente denominado Le Centre Hospitalier de Cayenne) en la década de 1950 hasta 2023, y determinar sus características epidemiológicas y terapéuticas.

## Métodos

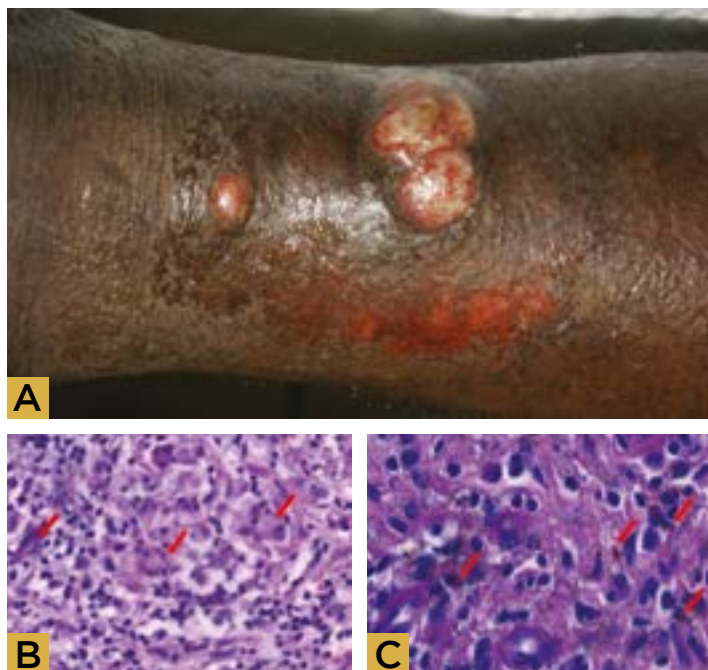
Se incluyeron en este estudio unicéntrico todos los pacientes diagnosticados con lobomicosis y cromoblastomicosis en la Guayana Francesa entre 1955 y 2023.

## Resultados

En total, se registraron 31 casos de lobomicosis entre 1959 y 2022. A partir del año 2000 se produjo un cambio epidemiológico notable: el 81% de los casos surgieron entre mineros de oro brasileños migrantes (con un marcado predominio masculino del 84% en la población afectada). Las presentaciones clínicas incluyeron lesiones cutáneas crónicas de evolución lenta, con aspecto queiloide (Figura 3), localizadas principalmente en miembros inferiores (55% de los casos); la afectación multifocal (varias lesiones en al menos dos regiones corporales distintas) se observó en el 35% de los casos. Todos los pacientes con formas graves de la enfermedad (afectación multifocal o alta carga fúngica) presentaron fracaso terapéutico o recurrencia.



**Fig 3.** (a) Presentación típica de lobomicosis nodular queiloide del hombro izquierdo; (b) el examen histológico muestra un denso infiltrado inflamatorio dérmico granulomatoso compuesto por numerosas células gigantes multinucleadas e histiocitos, con presencia de abundantes cuerpos levaduriformes redondos de 8 a 15 Qm (H&E; 40x); (c) el examen tras tinción de Grocott-Gomori confirma la naturaleza fúngica de las levaduras, aisladas o dispuestas en cadenas (60x).



**Fig 4.** (a) Presentación nodular y ulcerada de cromoblastomicosis. (b) El examen histológico revela un infiltrado inflamatorio de la dermis constituido por granulomas epitelioides e histiocíticos asociados a algunas células gigantes multinucleadas (flechas rojas, tinción H&E; 40x). (c) Presencia de levaduras de cromoblastomicosis intrahistiocíticas, pequeñas, parduscas, aisladas y redondas (flechas rojas, tinción PAS; 60x).

Continúa en la página siguiente...

# Congreso de Dermatología Tropical de la Guayana Francesa: resumen - Parte I ...continuación

Por su parte, la cromoblastomicosis se observó en 23 pacientes entre 1955 y 2023, predominantemente entre trabajadores agrícolas locales (48%). Doce pacientes (52,2%) presentaban una única lesión. Los miembros inferiores fueron los más afectados (78,3%), seguidos de los miembros superiores (21,7%). Las presentaciones clínicas consistieron en lesiones verrugosas, cicatriciales o nodulares (Figura 4) en la mayoría de los casos, ocasionalmente asociadas a prurito o dolor leve (26% y 17% de los casos, respectivamente). Desde la década de 1950 se han empleado numerosos esquemas terapéuticos. Los antifúngicos en monoterapia mostraron una eficacia del 33%, frente al 66% cuando se combinaron con cirugía o crioterapia.

## Discusi

Entre las barreras para el diagnóstico y tratamiento en la Guayana Francesa se encuentran la falta de sensibilización, el acceso limitado a servicios de laboratorio en zonas remotas, la movilidad de los pacientes y la ausencia de protocolos terapéuticos estandarizados. El tiempo medio transcurrido hasta el diagnóstico fue de 4 años para ambas micosis. Las pérdidas durante el seguimiento fueron considerables en ambas series de casos. La cirugía sigue siendo la mejor estrategia terapéutica para las formas leves de la enfermedad.<sup>8</sup> Para las formas graves o diseminadas debe emplearse una combinación de cirugía y tratamiento antifúngico sistémico.

## Experiencia con la tiña del cuero cabelludo en la Guayana Francesa

Juliette Leuret, Geoffrey Grotta, Magalie Demar, Clémentine Dehlin, Romain Chanlin, Romain Blaizot

### Puntos clave de aprendizaje

- **El tratamiento de primera línea para la infección por *Trichophyton* debe ser terbinafina, mientras que para la infección por *Microsporum* se prefiere el itraconazol.**
- **La presentación clínica puede resultar inadecuada para el diagnóstico, ya que hasta el 40% de los casos de *Trichophyton* pueden cursar con placas grandes habitualmente asociadas a la infección por *Microsporum*.**
- **En la Guayana Francesa, al igual que en el resto del Caribe, *Trichophyton tonsurans* es con mucho el patógeno más frecuente causante de tiña del cuero cabelludo.**

### Introducción

La epidemiología de la tiña del cuero cabelludo varía con el tiempo y según la ecología local.<sup>9</sup> La Guayana Francesa es un territorio amazónico de ultramar caracterizado por una elevada exposición a enfermedades fúngicas y parasitarias. Aunque no existen datos clínicos publicados de esta región, los datos micológicos de 2009 apuntan a una epidemiología particular, siendo la mayoría de las infecciones causadas por *Trichophyton tonsurans*.<sup>10</sup> Nuestro objetivo fue establecer una descripción clínica y biológica de la epidemiología de la tiña del cuero cabelludo en la Guayana Francesa.

### Métodos

Se recopilaron todas las solicitudes de examen micológico de escamas del cuero cabelludo recibidas entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2022 en el Hospital Universitario de la Guayana Francesa, único centro de referencia dermatológica del territorio. Se incluyeron en el estudio los pacientes con examen micológico positivo; la identificación se realizó mediante criterios morfológicos o espectrometría de masas MALDI TOF.

### Resultados

Se recibieron un total de 322 solicitudes de examen micológico de escamas del cuero cabelludo. La prueba resultó positiva en 150 casos (46,6%); los pacientes fueron predominantemente varones (64,7%) con una edad media de 9 años. La mayoría de los casos fueron causados por *Trichophyton* spp. (141/150, 94%); solo el 6% (9/150) se debieron a *Microsporum* spp.

Entre las especies de *Trichophyton*, la más frecuente fue *T. tonsurans* (102/141, 72,3%), seguida de *T. sudamensis* (22,7%), *T. violaceum* (2,8%), *T. rubrum* (1,4%) y *T. interdigitale* (0,7%). Según los datos disponibles, el 79,2% (80/101) de estos pacientes presentaba lesiones múltiples; el 70,8% (68/96), alopecia; el 59,4% (38/64), placas pequeñas (Figura 5); el 20,8% (21/101), afectación de piel lampiña; y el 9,2% (9/98) presentó querion clínico.

Entre las infecciones por *Microsporum*, la especie más frecuente fue *M. canis* (6/9, 66,7%), seguida de *M. gypseum* (2/9, 22,2%) y *M. racemosum* (1/9, 11,1%). Entre estos pacientes, el 71,4% (5/7) presentaba lesiones múltiples; el 87,5% (7/8), alopecia; el 83,3% (5/6), placas grandes (Figura 5); y el 37,5% (3/8) mostró afectación de piel lampiña y querion.

### Discusión

La epidemiología de la tiña del cuero cabelludo en la Guayana Francesa difiere de la europea, con un claro predominio de la infección por *T. tonsurans*. Si bien la infección por *Microsporum* representa el 30% de los casos en la Francia metropolitana, el panorama epidemiológico general está cambiando: actualmente predomina *T. tonsurans* en el Reino Unido<sup>11</sup> y emerge *T. violaceum* en el resto de Europa.<sup>12</sup> Las recomendaciones actuales postgriseofulvina en la Francia metropolitana contemplan el uso de terbinafina como tratamiento empírico, aunque debe preferirse el itraconazol en la infección por *Microsporum*. Nuestro estudio confirmó la importancia de la identificación



**Fig. 5 (a)** Tiña del cuero cabelludo por *Trichophyton* con placas escamosas pequeñas **(b)** Tiña del cuero cabelludo por *Microsporum* con placas inflamatorias extensas.

del agente causal: más del 40% de los casos de *Trichophyton* se presentaron con placas extensas, lo que sugiere una presentación atípica inadecuada para el diagnóstico y tratamiento basados exclusivamente en la clínica. La microscopía capilar puede ayudar a diferenciar los patógenos: patrón endótrix (afectación del tallo del cabello) en *T. tonsurans* y patrón ectótrix (limitado a la superficie del cabello) en *M. canis*. El examen con lámpara de Wood constituye otro recurso para distinguir *M. canis* (fluorescencia amarillo-verdosa) de *T. tonsurans* (sin fluorescencia). Este estudio aporta los primeros datos sobre la tiña del cuero cabelludo en la Guayana Francesa, revelando una epidemiología «francesa americana de ultramar» similar a la descrita en estudios previos de Martinica y Guadalupe. Asimismo, el estudio evidencia la persistencia de presentaciones graves con querion entre los niños guayaneses.

## Referencias

1. Morote S, Nacher M, Blaizot R *et al.* Comparación de histoplasmosis diseminada con y sin lesiones cutáneo-mucosas en personas que viven con VIH en la Guayana Francesa. *J Fungi* 2020; **6**:133.
2. Morote S, Nacher M, Blaizot R *et al.* Tendencias temporales de la histoplasmosis cutáneo-mucosa en personas que viven con VIH en la Guayana Francesa: el diagnóstico precoz neutraliza el dermatotropismo de la cepa sudamericana. *PLoS Negl Trop Dis* 2020; **14**:e0008663.
3. Vilela R, de Hoog S, Bensch K *et al.* Revisión taxonómica del género *Paracoccidioides*, con énfasis en las especies incultivables. *PLoS Negl Trop Dis* 2023; **17**:e0011220.
4. Gonçalves FG, Rosa PS, Belone A de FF *et al.* Epidemiología y manejo de la lobomycosis: la búsqueda de una cura para la más desatendida de las enfermedades tropicales desatendidas. *J Fungi (Basel)* 2022; **8**:494.
5. Bustamante B, Seas C, Salomon M, Bravo F. Lobomycosis tratada con éxito con posaconazol. *Am J Trop Med Hyg* 2013; **88**:1207-8.
6. Valentin J, Grotta G, Muller T *et al.* Cromblastomycosis en la Guayana Francesa: epidemiología y prácticas, 1955-2023. *J Fungi (Basel)* 2024; **10**:168.
7. Ameen M. Cromblastomycosis: presentación clínica y manejo. *Clin Exp Dermatol* 2009; **34**:849-54.
8. Grotta G, Couppie P, Demar M *et al.* Densidad fúngica en la lobomycosis en la Guayana Francesa: propuesta de una nueva clasificación clínico-histológica y terapéutica. *J Fungi (Basel)* 2023; **9**:1005.
9. Gangneux J-P, Miossec C, Machouart M *et al.* Epidemiología y manejo de la tiña del cuero cabelludo en Francia: encuesta retrospectiva nacional de 6 años. *Med Mycol* 2024; **62**:myae047.
10. Simonnet C, Berger F, Gantier J-C. Epidemiología de las micosis superficiales en la Guayana Francesa: análisis retrospectivo de tres años. *Med Mycol* 2011; **49**:608-11.
11. White JML, Higgins EM, Fuller LC. Cribado del estado de portador asintomático de *Trichophyton tonsurans* en contactos domiciliarios de pacientes con tiña del cuero cabelludo: resultados de 209 pacientes del sur de Londres. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; **21**:1061-4.
12. Fuller LC. El cambio del perfil de la tiña del cuero cabelludo en Europa. *Curr Opin Infect Dis* 2009; **22**:115-8.

## Cumbre Mundial de la Piel de la ILDS

La Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) convocó la Cumbre Mundial de la Piel en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, los días 24 y 25 de octubre de 2025. Durante dos jornadas, los expertos analizaron cómo la dermatología puede impulsar una mayor equidad sanitaria abordando las persistentes disparidades globales en el acceso a la atención, los medicamentos y los diagnósticos. Los participantes destacaron el creciente impulso generado por la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre Enfermedades Cutáneas adoptada en mayo de 2025, que reconoció oficialmente las afecciones cutáneas como una prioridad sanitaria mundial. Asimismo, celebraron la reciente incorporación de tratamientos dermatológicos clave a la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, aunque subrayaron que aún queda mucho por avanzar.



Los delegados propusieron diversos enfoques innovadores: ampliar la teledermatología y el triaje asistido por IA, reforzar la fabricación local, avanzar en negociaciones de precios justos, desplegar clínicas móviles y desarrollar herramientas estandarizadas para la salud de migrantes. También se alentó la mejora de la recopilación de datos a través de las sociedades miembro de la ILDS, junto con una mayor implicación de los socios industriales, para favorecer la asequibilidad y el acceso sostenible.

En conjunto, las discusiones pusieron de relieve la urgente necesidad de una acción global coordinada para integrar la salud cutánea como componente esencial de la cobertura sanitaria universal. Los participantes reclamaron políticas basadas en la evidencia, estrategias de precios equitativas y sistemas de salud resilientes para garantizar que todas las personas puedan acceder a tratamientos seguros, asequibles y eficaces para las enfermedades cutáneas.

# Del exantema al diagnóstico: primeras perspectivas sobre el impacto del aprendizaje formal e informal en el fortalecimiento de competencias de los trabajadores de atención primaria de salud en campañas de detección dermatológica en Tanzania

Nelly Mwageni<sup>1\*</sup>, Anne Schoenmakers<sup>2,3</sup>, Peter Nugus<sup>4</sup>, Robin van Wijk<sup>2,3</sup>, Deusdedit Kamara<sup>5</sup>, Riziki Kisonga<sup>5</sup>, Blasdus Njako<sup>6</sup>, Phellister Nyakato<sup>6</sup>, Beatrice Mutayoba<sup>5</sup>, Shigela Marco<sup>5</sup>, Iddi Kassim Njarita<sup>5</sup>, John E. Masenga<sup>7</sup>, Liesbeth Mieras<sup>2</sup>, Christa Kasang<sup>8</sup>, Carolin Gunesch<sup>8</sup>, Stephen E. Mshana<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica de Salud y Ciencias Afines, Mwanza, Tanzania.

<sup>2</sup> NLR - hasta que no quede lepra, Ámsterdam, Países Bajos.

<sup>3</sup> Departamento de Salud Pública, Erasmus MC, Centro Médico Universitario de Róterdam, Países Bajos.

<sup>4</sup> Instituto de Educación en Ciencias de la Salud (IHSE), Universidad McGill, Montreal, Quebec, Canadá.

<sup>5</sup> Programa Nacional de Tuberculosis y Lepra (NTLP), Dodoma, Tanzania.

<sup>6</sup> DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e. V. (DAHW), Tanzania.

<sup>7</sup> Centro Regional de Capacitación en Dermatología (RDTC) Kilimanjaro, Moshi, Tanzania.

<sup>8</sup> DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e. V. (DAHW), Wurzburg, Alemania.

\*Autor para correspondencia: nellymwageni@yahoo.com

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

**Financiación:** PEP4LEP forma parte del programa EDCTP2 respaldado por la Unión Europea (subvención RIA2017NIM-1839-PEP4LEP); el proyecto también recibió fondos de la Iniciativa de Investigación sobre la Lepra (LRI; [www.leprosyresearch.org](http://www.leprosyresearch.org)). PEP4LEP 2.0 cuenta con el respaldo de la Empresa Conjunta EDCTP3 de Salud Global y sus miembros, cofinanciada por la Unión Europea (subvención 101145677-PEP4LEP 2.0). Los financiadores no intervinieron en el diseño del estudio, la recopilación o análisis de datos ni en la publicación. El contenido y los hallazgos informados son responsabilidad de los investigadores y no reflejan necesariamente la posición oficial ni la opinión de los financiadores..

**Palabras clave:** fortalecimiento de competencias; formación en dermatología; trabajadores de atención primaria de salud; ETD cutáneas; lepra; Tanzania; salud móvil

## Resumen

Este estudio cualitativo presenta hallazgos preliminares de los estudios de Profilaxis Posexposición para la Lepra (PEP4LEP) y PEP4LEP 2.0 en Tanzania, y explora cómo los trabajadores de salud aprenden a diagnosticar y manejar enfermedades cutáneas, incluidas las enfermedades tropicales desatendidas como la lepra. Las entrevistas con diez trabajadores de atención primaria de salud revelaron que la experiencia práctica, la mentoría y el uso de la aplicación NLR SkinApp potenciaron tanto el aprendizaje formal como el informal. Los resultados del estudio destacan el valor de integrar la formación estructurada con la práctica clínica real y las oportunidades de desarrollo profesional continuo.

## Puntos clave de aprendizaje

- **Ante la escasez de dermatólogos en muchos países africanos, los trabajadores de atención primaria de salud —muchos de ellos con escasa formación dermatológica— suelen ser el principal punto de contacto para pacientes con enfermedades cutáneas comunes y ETD cutáneas.**
- **Los hallazgos preliminares de los estudios PEP4LEP 2.0 demuestran la importancia de integrar la educación formal en dermatología para trabajadores de atención primaria de salud con oportunidades de aprendizaje informal continuo y contextualizado.**
- **Un enfoque híbrido para el desarrollo de competencias — que combine enseñanza presencial, aprendizaje en el puesto de trabajo, y apoyo entre pares y digital— puede mejorar de forma sostenible la atención dermatológica en zonas rurales con acceso limitado a servicios especializados.**

## Introducción

Las afecciones cutáneas presentan una prevalencia especialmente elevada en países de bajos recursos, con tasas superiores al 50% en zonas rurales y de hasta el 80% en algunas regiones.<sup>1</sup> Aunque generalmente no ponen en peligro la vida, enfermedades cutáneas como la lepra provocan estigma y discapacidad, lo que puede mermar la calidad de vida.<sup>3,3</sup> En estas circunstancias, el diagnóstico suele ser clínico y depende de personal sanitario bien capacitado. Sin embargo, la mayoría de los países africanos cuentan con menos de un dermatólogo por cada millón de habitantes, lo que genera una importante brecha en la prestación de servicios.<sup>4</sup>

En las zonas rurales, los trabajadores de atención primaria de salud, que a menudo carecen de formación en dermatología y lepra, suelen catalogar diversas dermatosis como «exantema» y tratarlas empíricamente con combinaciones de agentes antibacterianos, antimicóticos y corticosteroides tópicos.<sup>5</sup> Además de la escasez de especialistas, la derivación suele resultar impracticable por barreras geográficas y económicas. Frente a estas dificultades, la evidencia indica que una formación dermatológica formal breve puede mejorar significativamente la capacidad de los trabajadores de salud para identificar y manejar enfermedades cutáneas.<sup>3</sup>

Más allá de la formación reglada, el aprendizaje informal e incidental a través de la experiencia real, la interacción entre pares y la mentoría desempeñan un papel fundamental en el aprendizaje de adultos.<sup>6</sup> Estas oportunidades, cada vez más potenciadas por la tecnología, favorecen un desarrollo práctico centrado en el aprendiz, especialmente cuando la educación formal es limitada.

La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) recientemente adoptada, *Las enfermedades cutáneas como prioridad de salud pública mundial* (mayo de 2025), enfatiza que con formación adecuada, medicamentos esenciales y apoyo,

## Del exantema al diagnóstico ...continuación

los equipos de salud locales pueden manejar eficazmente las afecciones cutáneas comunes, contribuyendo así a fortalecer la prestación de servicios de atención primaria y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.<sup>3</sup> La resolución también subraya la importancia de abordar las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) cutáneas, como la lepra, dentro de la prestación integrada de servicios. Para respaldar estos objetivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve un enfoque integrado para ampliar el acceso a una atención dermatológica de calidad.

Los estudios de Profilaxis Posexposición para la Lepra (PEP4LEP) y PEP4LEP 2.0 en Etiopía, Mozambique y Tanzania realizan cribado tanto de ETD cutáneas como de dermatosis comunes.<sup>7</sup> En los eventos de cribado comunitario («campanas de detección dermatológica»), se invita a unos 100 contactos comunitarios de casos índice de lepra (es decir, los 20 hogares más cercanos) al cribado cutáneo integrado (Figuras 1 y 2). Tras el cribado, se ofrece a quienes lo necesiten tratamiento dermatológico gratuito, recetas médicas o derivación a especialistas, además de quimioprofilaxis para la lepra en casos elegibles. Los trabajadores de salud participantes reciben una capacitación de tres días con sesiones de refuerzo periódicas, mentoría y formación práctica impartida por un dermatólogo o clínico experimentado, además de apoyo a través de la aplicación NLR SkinApp (ahora también integrada en la aplicación de



**Fig. 1** Puesto de cribado cutáneo comunitario en una campaña de detección dermatológica en Tanzania.



**Fig. 2** El dermatólogo Dr. Mwageni (izquierda) y el oficial médico Dr. Shigela (derecha) colaboran durante una sesión de cribado cutáneo integrado para una familia en una campaña comunitaria en Tanzania.

ETD cutáneas de la OMS).<sup>8</sup> Esta aplicación de salud móvil, que funciona incluso sin conexión, permite a los trabajadores de salud identificar enfermedades cutáneas y consultar información sobre tratamientos.

Durante las campañas de detección dermatológica, identificamos las experiencias y percepciones de aprendizaje más relevantes de los trabajadores de salud participantes. Este artículo presenta nuestros hallazgos preliminares.

### Métodos

Se llevó a cabo un estudio cualitativo en Lindi Rural, el distrito de Mvomero y el distrito rural de Morogoro —tres distritos tanzanos participantes en los proyectos PEP4LEP y PEP4LEP 2.0— para analizar las experiencias de aprendizaje, necesidades de capacitación y uso de la aplicación NLR SkinApp entre los trabajadores de atención primaria de salud. Se seleccionaron diez participantes mediante muestreo intencional para garantizar diversidad en distrito, sexo y función profesional. Los participantes elegibles que otorgaron su consentimiento residían en las áreas del proyecto, habían asistido al menos a una sesión de capacitación formal y habían participado en una campaña de detección dermatológica.

Las entrevistas a informantes clave (de aproximadamente 30 minutos) se realizaron por teléfono mediante una guía semiestructurada traducida al suajili. Las entrevistas se grabaron en audio, se complementaron con notas, se transcribieron textualmente y, cuando estaban en suajili, se tradujeron al inglés. Los datos se analizaron temáticamente mediante el marco de seis fases de Braun y Clarke.<sup>9</sup>

El Comité de Investigación y Ética del CUHAS/BMC (CREC/364/2019) y el NIMR (NIMR/HQ/R.8c/Vol.1/1530) otorgaron la aprobación ética. La participación fue voluntaria y requirió consentimiento informado por escrito. Todos los datos se anonimizaron antes del análisis.

### Resultados

Los participantes del estudio fueron diez profesionales de la salud, distribuidos equitativamente por género (cinco hombres y cinco mujeres), con edades de 31 a 60 años. Los participantes se distribuyeron de forma equitativa entre los tres distritos; sus funciones incluyeron tres oficiales médicos, dos enfermeros y cinco oficiales clínicos. Los participantes contaban con formación profesional de 1 a 9 años y una experiencia laboral total de 7 a 38 años.

Los trabajadores de salud podían incorporarse en distintas etapas de los proyectos. Cinco trabajadores de salud completaron la capacitación del proyecto PEP4LEP o PEP4LEP 2.0 junto con dos sesiones de refuerzo; cuatro completaron la capacitación del proyecto y una sesión de refuerzo, mientras que uno solo finalizó la capacitación inicial. La frecuencia de participación en las campañas de detección dermatológica varió entre 4 y 70 sesiones, con mayor asistencia del personal médico experimentado (médicos) que de los trabajadores de atención primaria.

El análisis de las diez entrevistas reveló seis temas principales: 1. Conocimiento de las afecciones cutáneas; 2. Percepciones sobre la capacitación formal; 3. Desarrollo del conocimiento mediante la práctica; 4. Mentoría y aprendizaje entre pares; 5. Uso de la tecnología; y 6. Necesidades de formación continua.

#### 1. Conocimiento de las afecciones cutáneas

La mayoría de los participantes refirieron conocimientos dermatológicos limitados antes de la capacitación del proyecto y su asistencia a las campañas, y solían clasificar las afecciones simplemente como «erupciones», pasando

*Continúa en la página siguiente...*



**Fig. 3** Caso de sarna en una campaña de detección dermatológica en Tanzania.

por alto posibles signos tempranos de lepra. Tras participar, los trabajadores de salud manifestaron mayor confianza para diagnosticar enfermedades cutáneas.

Al preguntarles qué afecciones cutáneas encontraban en las campañas de detección dermatológica, los trabajadores de salud enumeraron las siguientes enfermedades: dermatitis atópica, sarna (Figura 3), infecciones fúngicas (Figura 4), queratosis pilar, lepra (Figura 5), pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica y úlceras.



**Fig. 4** Tiña facial en un paciente atendido en una campaña de detección dermatológica en Tanzania.



**Fig. 5** Lepra en un paciente atendido en una campaña de detección dermatológica en Tanzania.

### 2. Percepciones sobre la capacitación formal

La capacitación formal fue ampliamente valorada, especialmente por su orientación práctica y la cofacilitación a cargo de un dermatólogo. Los participantes valoraron aprender a distinguir entre distintas afecciones cutáneas.

### 3. Desarrollo del conocimiento mediante la práctica

El aprendizaje informal mediante la experiencia práctica durante las campañas de detección dermatológica complementó la capacitación formal al reforzar los conocimientos teóricos. Los participantes destacaron el valor de observar en tiempo real y aplicar las habilidades de inmediato en entornos comunitarios. Las campañas de detección dermatológica también brindaron a los proveedores de atención la oportunidad de observar e interactuar con todo el espectro de enfermedades cutáneas comunes y ETD —a menudo en una sola sesión—, mejorando su comprensión de la progresión de las enfermedades y la variación en su presentación clínica.

*«Lo que más me gustó... es que hay diferentes métodos de enseñanza, como cuando te dicen esto es una mancha, y luego ves la mancha real ahí mismo».*

#### Clínico

Las campañas de detección dermatológica también permitieron a los proveedores de atención médica desarrollar una visión clínica integral, que abarca la atención a la dignidad del paciente, la iluminación adecuada y la prevención de infecciones.

### 4. Mentoría y aprendizaje entre pares

La mentoría de clínicos experimentados y dermatólogos resultó fundamental para el aprendizaje. Un participante afirmó: «Aprendí de ellos», mientras que otro indicó: «Aprendí observando». Los participantes también formaron grupos de pares para analizar desafíos y reforzar el aprendizaje fuera del entorno de capacitación formal.

*«Durante las campañas de detección dermatológica, podía preguntar todo lo que no me quedaba claro... Me instruían y me recordaban... el grupo (de mensajería móvil) que creamos nos ayudó a discutir los desafíos de las afecciones cutáneas que encontramos»*

#### Oficial de enfermería

### 5. Uso de la tecnología

La aplicación NLR SkinApp es una herramienta práctica de apoyo a la toma de decisiones diseñada para ayudar a los trabajadores de salud a diagnosticar y tratar enfermedades cutáneas, especialmente en regiones con escaso acceso a especialistas en dermatología. Los participantes informaron que utilizaban la aplicación NLR SkinApp tanto en las campañas de detección dermatológica como en otros entornos de atención médica; la mayoría accedía a la aplicación mediante teléfono inteligente y no a través de tableta.

### 6. Necesidades de formación continua

Los participantes expresaron un marcado interés en continuar aprendiendo mediante capacitaciones más extensas, tanto en duración como en experiencia práctica.

*«Deberían aumentarse los días de capacitación (en aula) para que la gente pueda aprender más... porque algunas personas comprenden más despacio».*

#### Clínico

«En mi experiencia, cuando asistimos a las campañas de detección dermatológica, seguimos adquiriendo conocimientos... aprendemos más y entendemos mejor».

#### Auxiliar de salud

También se señaló que sería bienvenido un programa oficial de especialización en dermatología para enfermeros:

«Además de aprender en las campañas de detección dermatológica y leyendo libros, me gustaría que existiera una institución para capacitar específicamente a los enfermeros en enfermedades cutáneas... Actualmente los enfermeros se especializan en diferentes unidades».

#### Oficial de enfermería

Aunque estaban abiertos a futuras oportunidades de aprendizaje individual, como cursos en línea, muchos entrevistados subrayaron la necesidad de práctica directa en dermatología.

«A los cursos en línea les doy un cincuenta-cincuenta... si es una buena plataforma, pero creo que en enfermedades cutáneas necesitamos pacientes reales para sentir... para tocar la piel».

#### Médico

### Discusión

Este estudio destaca el valor de combinar oportunidades de aprendizaje formal e informal para los trabajadores de atención primaria de salud que participan en programas integrados de cribado cutáneo comunitario en Tanzania.

Si bien la capacitación formal aportó conocimientos fundamentales, la experiencia laboral, la mentoría y la interacción entre pares se consideraron generalmente más efectivas para desarrollar habilidades prácticas. El personal de salud también adquirió una visión más amplia de las dimensiones sociales, ambientales y colaborativas de la atención.

Nuestros hallazgos respaldan la teoría del aprendizaje informal, según la cual el conocimiento se adquiere a través del compromiso con situaciones reales y la reflexión.<sup>6</sup> Las campañas de detección dermatológica permitieron «aprender haciendo», acelerando la adquisición de competencias mediante la observación directa, la discusión y la aplicación inmediata. Estos hallazgos también concuerdan con la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría del Aprendizaje Situado.<sup>10,11</sup> Los trabajadores de salud aprendieron observando y tomando como modelo a colegas experimentados,<sup>10</sup> así como mediante la participación activa en una comunidad de práctica clínica real, evolucionando gradualmente de principiantes a profesionales seguros.<sup>11</sup>

La tecnología también desempeñó un papel importante. La aplicación NLR SkinApp (o la aplicación de ETD cutáneas de la OMS, que la incluye) proporcionó apoyo para la toma de decisiones en el punto de atención y oportunidades de aprendizaje adicionales.

Los participantes manifestaron una clara necesidad de desarrollo profesional continuo, que incluya capacitación teórica y práctica más profunda. Estos hallazgos sugieren el valor de los enfoques de aprendizaje híbrido que combinan cursos breves de capacitación formal con mentoría a largo plazo y herramientas digitales.

Una fortaleza de este estudio es su enfoque en las perspectivas de los trabajadores de primera línea. Entre las limitaciones se encuentra la pequeña muestra de entrevistados procedentes de tres distritos. No obstante, estos hallazgos preliminares

ofrecen lecciones aplicables a programas similares en los países del PEP4LEP y PEP4LEP 2.0, y más allá. Pueden contribuir a fortalecer los procesos de aprendizaje de los trabajadores de atención primaria de salud y orientar otros programas de formación médica e iniciativas de salud comunitarias.

### Conclusión

El aprendizaje informal —mediante la mentoría, la observación y la experiencia práctica— resulta vital para fortalecer las habilidades dermatológicas de los trabajadores de atención primaria de salud en entornos rurales con recursos limitados, como los distritos tanzanos incluidos en este estudio. Reconocer e integrar estas oportunidades de aprendizaje, junto con la capacitación formal y el uso de herramientas digitales, puede mejorar la confianza diagnóstica y la prestación de servicios en los programas de salud cutánea y control de la lepra.

### Recomendaciones

Para fortalecer de manera sostenible la competencia dermatológica de los trabajadores de atención primaria de salud en entornos rurales con acceso limitado a atención especializada, y en consonancia con la reciente resolución de la AMS,<sup>2</sup> recomendamos:

1. Integrar el coaching en el trabajo, marcos estructurados de mentoría, aprendizaje entre pares (digital y presencial) y herramientas digitales (como teledermatología, aplicación de ETD cutáneas de la OMS, aprendizaje en línea) junto con la capacitación formal;
2. Involucrar a las partes interesadas clave —como el Ministerio de Salud y las instituciones de formación médica— para apoyar la integración de los objetivos de salud cutánea en las políticas nacionales y las directrices de capacitación; y
3. Ampliar esta investigación para incluir un grupo más diverso de trabajadores de salud de entornos más variados y así mejorar la base de evidencia.

### Agradecimientos

Queremos agradecer a todos los participantes del estudio, socios y financiadores.

### Referencias

1. Hay R, Fuller LC. Evaluación de las necesidades dermatológicas en regiones con escasos recursos. *Int J Dermatol* 2011; **50**:552-7.
2. Organización Mundial de la Salud. Septuagésima octava Asamblea Mundial de la Salud - Actualización diaria: 24 de mayo de 2025: Los Estados Miembros reconocen las enfermedades cutáneas como prioridad de salud pública mundial. Consultado el 8 de noviembre de 2025 en <https://www.who.int/news/item/24-05-2025-seventy-eighth-world-health-assembly--daily-update--24-may-2025>.
3. Abeje T, Negera E, Kebede E et al. Desempeño de los trabajadores generales de salud en actividades de control de la lepra en establecimientos de salud pública de los estados de Amhara y Oromia, Etiopía. *BMC Health Serv Res* 2016; **16**: 122.
4. Mosam A, Todd G. Formación en dermatología en África: logros y desafíos. *Dermatol Clin* 2021; **39**: 57-71.
5. Schmeller W. Los trabajadores de salud comunitarios reducen las enfermedades cutáneas en niños de África Oriental. *Int J Dermatol* 1998; **37**: 370-7.
6. Marsick VJ, Watkins KE. *Apren dizaje informal e incidental en el lugar de trabajo*. Londres: Routledge, 1990.
7. Schoenmakers A, Hambridge T, van Wijk R et al. Protocolo del estudio PEP4LEP: cribado cutáneo integrado y administración de SDR-PEP para la prevención de la lepra: comparación de la efectividad y viabilidad de una intervención comunitaria frente a una intervención basada en centros de salud en Etiopía, Mozambique y Tanzania. *BMJ Open* 2021; **11**: e046125.
8. Mwangeni N, van Wijk R, Daba F et al. La aplicación NLR SkinApp: evaluación de una herramienta de salud móvil de apoyo para trabajadores de salud de primera línea que realizan cribado cutáneo en Etiopía y Tanzania. *Trop Med Infect Dis* 2024; **9**: 18.
9. Braun V, Clarke V. El uso del análisis temático en psicología. *Qual Res Psychol* 2006; **3**: 77-101.
10. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
11. Lave J, Wenger E. *Aprendizaje situado: participación periférica legítima*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

## Una experiencia docente transformadora en Camboya: compartir conocimientos y construir vínculos

**Sévrine Ouellette y Flavie Roy**

*División de Dermatología, Departamento de Medicina, Universidad de Montreal, 1051 Sanguinet St, H2X 3E4, Montreal, QC, Canadá.*

*Autor de correspondencia: sevrine.ouellette@umontreal.ca*

### Estimado editor

Somos dos residentes de dermatología de último año de la Universidad de Montreal, Canadá, y deseamos compartir nuestra gratificante experiencia enseñando dermatología a estudiantes de medicina y residentes en Camboya durante el verano de 2024. Esta iniciativa, organizada en colaboración con Health Volunteers Overseas (HVO), nos permitió contribuir a la educación médica en un entorno con recursos limitados y obtener información invaluable sobre la atención dermatológica en Camboya.

### Apoyo de Health Volunteers Overseas

Queremos destacar el excepcional apoyo recibido de HVO ([hvousa.org/volunteer](http://hvousa.org/volunteer)), una organización sin fines de lucro dedicada a mejorar la accesibilidad y calidad de la atención médica en países con recursos limitados mediante la educación, la capacitación y el desarrollo profesional. Los programas de HVO, basados en valores de sostenibilidad, equidad e innovación, conectaron profundamente con nosotros. Además, desde que expresamos interés en el voluntariado hasta la finalización de nuestras sesiones de enseñanza, el grupo se aseguró de que estuviéramos bien preparados y nos acompañó en cada paso. Su dedicación para facilitar un trabajo voluntario significativo en entornos de salud global es verdaderamente notable, y agradecemos su compromiso.

### Experiencia clínica en Camboya

Durante nuestra estancia de un mes en Phnom Penh, tuvimos el privilegio de trabajar con entusiastas estudiantes de medicina y residentes. Participamos en sesiones clínicas de dermatología en el Hospital Preah Kossamak, adquiriendo experiencia práctica con diversas enfermedades dermatológicas tropicales e intercambiando perspectivas valiosas con el equipo local de dermatología. Encontramos numerosos casos fascinantes, como esclerosis sistémica, eccema grave, dermatitis por *Paederus* y dermatitis de contacto causada por medusas. A pesar de las limitaciones de recursos, incluida la tarifa de consulta de \$10 que constituía una barrera para muchos pacientes, nos impresionó la dedicación e ingenio del equipo médico camboyano, que se esforzó al máximo por atender a quienes lo necesitaban. Algunos pacientes tuvieron la suerte de recibir consultas gratuitas gracias a la generosidad del personal local.

### Enseñanza de dermatología y fomento del intercambio cultural

Enseñamos conceptos fundamentales de dermatología a estudiantes de medicina y residentes mediante conferencias interactivas, cuestionarios y discusiones basadas en casos clínicos. Para evaluar nuestras sesiones de enseñanza utilizamos el Cuestionario de Evaluación Estudiantil de la Calidad Educativa (SEEQ), que completaron más de 50 participantes. La retroalimentación fue sumamente positiva: muchos estudiantes solicitaron sesiones educativas adicionales, lo que evidencia el valor de estas iniciativas en regiones con acceso limitado a educación especializada en dermatología.

Una de las sesiones más populares consistió en un ejercicio interactivo en el que los estudiantes se dividieron en pequeños equipos: a un equipo se le pedía describir imágenes clínicas de lesiones dermatológicas mientras los demás miraban hacia otro

lado. Los estudiantes de medicina que no habían visto las imágenes utilizaban entonces la descripción verbal para elaborar diagnósticos diferenciales. Esta actividad dinámica fomentó el pensamiento crítico, el trabajo en equipo y las habilidades diagnósticas. Las respuestas del SEEQ confirmaron que los estudiantes preferían los formatos de enseñanza interactivos, como los cuestionarios y las discusiones de imágenes clínicas, elementos centrales de su experiencia de aprendizaje.

### Construir vínculos y generar un impacto duradero

La experiencia de voluntariado no fue unilateral. Mientras enseñábamos, también aprendimos enormemente del conocimiento y entusiasmo de los estudiantes: su pasión por la especialidad y sus ganas de mejorar fueron verdaderamente inspiradores. Conocimos a personas extraordinarias que, pese a los recursos limitados, estaban profundamente comprometidas con el avance de la dermatología y la atención al paciente en su país. Su dedicación nos motivó a reflexionar sobre nuestras propias prácticas.

El intercambio cultural fue otro punto destacado. El último día, organizamos una comida canadiense con jarabe de arce para celebrar nuestros diversos orígenes. Esta comida compartida fortaleció los vínculos con los estudiantes y propició conversaciones significativas sobre nuestras respectivas culturas y perspectivas médicas.

Nuestra experiencia fue profundamente personal porque establecimos relaciones duraderas con los estudiantes y los proveedores de atención médica locales. Uno de los momentos más memorables fue un paseo en bote al atardecer por el río Mekong con algunos de los estudiantes a quienes enseñamos: una oportunidad de crear vínculos fuera del entorno hospitalario. También aprendimos mucho de la resiliencia de la comunidad médica camboyana, cuyo compromiso con la atención al paciente nos inspiró. Estas experiencias han influido profundamente en nuestras perspectivas profesionales y nos motivan a seguir participando en iniciativas de salud global similares.

### Conclusión

En conclusión, nuestro tiempo en Camboya fue transformador: mejoró nuestras habilidades docentes, amplió nuestra experiencia clínica y profundizó nuestra comprensión de la dermatología en el contexto global. Animamos encarecidamente a otros profesionales médicos a emprender este tipo de experiencias de enseñanza internacional, dadas las invaluable oportunidades de crecimiento personal y profesional, así como el avance de la educación médica en regiones desatendidas.

Agradecemos la colaboración con HVO, los equipos médicos camboyanos y los estudiantes que hicieron tan enriquecedora

esta experiencia de voluntariado. Esta iniciativa reforzó nuestro compromiso de mejorar el acceso a la atención dermatológica en comunidades desatendidas, tanto a nivel global como en nuestro propio país. Esperamos que nuestra historia inspire a otros a participar en iniciativas similares y sumarse al esfuerzo global por mejorar la educación médica en entornos con recursos limitados.

## Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Beverly Roland, directora de proyectos de HVO Camboya; al Dr. Sithach Mey, jefe y dermatólogo consultor sénior del Departamento de Dermatología del Hospital Preah Kossamak, y a los Dres. Amb Bori y Siri Thida, líderes del departamento en Camboya, por su invaluable orientación, experiencia y cálida hospitalidad. Su apoyo hizo inolvidable nuestra estancia en Camboya.

## El efecto psicosocial de la infección por tiña en los pacientes

**Daniel Henry, \* David Henry y Dennis Henry**

Usha Memorial Skin, Eye and Dental Clinic, Bilaspur, Chhattisgarh, India.

\*Autor de correspondencia: danielhenry21@yahoo.com

### Estimado editor

Como dermatólogos en el sudeste asiático, atendemos frecuentemente a pacientes con infección por tiña, a menudo complicada por modificación con esteroides o presentación extensa. Observamos un desconocimiento significativo por parte de los pacientes sobre las infecciones fúngicas, lo que conduce al uso prolongado e indiscriminado de preparaciones tópicas de venta libre que combinan esteroides y agentes antifúngicos. Esta práctica, que se prolonga durante dos a tres meses o más, suele producir efectos adversos típicos del uso inadecuado de esteroides tópicos, como atrofia cutánea, hipertrichosis y telangiectasia. Además, toda afección dermatológica crónica ejerce invariablemente efectos psicosociales profundos en el individuo afectado.<sup>1</sup>

Los pacientes con tiña corporal extensa suelen presentar una calidad de vida dermatológica (CdV) significativamente disminuida, en concordancia con los hallazgos de Henry D *et al.*, que indicaron que la CdV se ve afectada en pacientes con infecciones por tiña.<sup>2</sup> La aplicación de esteroides altera la presentación clínica típica de la enfermedad, lo que dificulta el diagnóstico.<sup>3</sup> Estos pacientes suelen experimentar un malestar emocional considerable, que incluye depresión, baja autoestima, discriminación social y frustración debido a su afección. Las infecciones crónicas extensas por tiña pueden alterar significativamente las rutinas diarias, y síntomas como el prurito en el lugar de trabajo causan especial vergüenza, sobre todo en las pacientes. La carga económica del tratamiento supone un problema importante para los pacientes con desventajas económicas y para los hogares cuando varios miembros se ven afectados. Por ello, el asesoramiento integral

al paciente sobre la infección por tiña resulta crucial, junto con opciones de tratamiento adaptadas a su capacidad económica, dada la frecuente duración prolongada del tratamiento. Educar a los pacientes sobre lo que deben y no deben hacer en el manejo de la tiña es esencial. Tratar con éxito un caso de tiña no solo alivia al paciente, sino que también brinda una enorme satisfacción al dermatólogo tratante.

### Referencias

1. Drucker AM, Wang AR, Li WQ *et al.* La carga de la dermatitis atópica: resumen de un informe para la National Eczema Association. *J Invest Dermatol* 2017; **137**:26-30.
2. Henry D, Singh A, Madke B, Gandhi S. Efecto del prurito en la calidad de vida. Resúmenes. *Int J Dermatol* 2017; 56:1206. Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijd.13720?saml\\_referrer](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijd.13720?saml_referrer) (consultado el 4 de septiembre de 2025).
3. Henry D, Singh A, Madke B, Kedia P. Un caso de cuadro clínico alterado de tiña corporal extensa (la tiña como gran imitadora). *Iran J Dermatol* 2019; **22**:107-9.

## RESPUESTAS DIAGNÓSTICAS

**1. Tiña facial. La preparación con KOH muestra hifas fúngicas.**

**2. «Signo del oído» de la tiña facial.**

El «signo del oído» de la tiña facial consiste en eritema difuso y escamas secas blanquecinas sobre el pabellón auricular. A diferencia de otras formas de tiña, *T. faciei* no siempre presenta las clásicas placas eritematosas anulares con escamas superficiales; puede manifestarse con eritema difuso, descamación y pápulas. Dado su posible solapamiento con otros trastornos cutáneos, diagnosticar la tiña facial requiere experiencia clínica. Para facilitar el diagnóstico, se acuñó el término «signo del oído» de la tiña facial, según el cual la presencia de eritema y descamación sobre el pabellón auricular sugiere el diagnóstico. Un término anterior, el «signo del oído» de la tiña del cuero cabelludo, hacía referencia a lesiones localizadas en el hélix, el antihélix y la región retroauricular, con preservación del pliegue retroauricular. Este patrón de distribución resultaba útil para distinguir la tiña del cuero cabelludo de la dermatitis seborreica, que típicamente afecta al pliegue retroauricular..



**Redactor jefe**  
Michele Murodch (Reino Unido)

**Editor fundador y consejo editorial asesor**  
Paul Buxton (Reino Unido)

**Ex officio**  
Claire Fuller (Reino Unido),  
presidenta, IFD

**Secretario editorial**  
Secretaría del ILDS

**Editores asociados**  
Ramesha Bhat (India)  
Sara Burr (Reino Unido)  
David Chandler (Reino Unido)  
Guadalupe Estrada-Chávez (México)  
Chris Lovell (Reino Unido)  
Deepani Munidasa (Sri Lanka)  
Rune Philemon (Tanzania)  
Gail Todd (Sudáfrica)

**Consejo revisor editorial**  
Ayesha Akinkugbe (Nigeria)  
Anna Ascott (Reino Unido)  
Workalemahu A. Belachew (Etiopía)  
Jean Bolognia (EE. UU.)  
Rod Hay (Reino Unido)  
Ben Naafs (Países Bajos)  
Shyam Verma (India)

**Consejo editorial asesor**  
Isabel Casas (Argentina)  
Olivier Chosidow (Francia)  
Chris Griffiths (Reino Unido)  
Henning Grossmann (Alemania)  
Vineet Kaur (India)  
Harvey Lui (Canadá)  
Terrence Ryan (Reino Unido)  
Mafalda Soto Valdés (Tanzania)  
Aswan Tai (Australia)  
Steve Walker (Reino Unido)

## Cómo recibir la revista Community Skin Health

La revista Community Skin Health (CSH) está disponible en formato digital e impreso. La suscripción a la edición digital o impresa es **gratuita**: visite [bit.ly/cshjournal](http://bit.ly/cshjournal)

También puede **descargar** la aplicación CSH para su teléfono o tableta en Android e iOS.

## Escriba un artículo

Si le interesa la atención dermatológica, la CSH representa una excelente oportunidad para compartir su experiencia mediante el envío de artículos, informes y cartas. Consulte las normas para autores en el sitio web de la CSH. Envíe su trabajo por correo electrónico a [CSH@ILDS.org](mailto:CSH@ILDS.org) o por correo postal a Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, Reino Unido

## Derechos de autor

Los artículos pueden fotocopiarse, reproducirse o traducirse siempre que no se utilicen con fines comerciales ni de lucro personal. Debe reconocerse a los autores y a Community Skin Health.

## Editor

Community Skin Health es una publicación de la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS), como revista oficial de la Fundación Internacional de Dermatología (IFD) <https://ilds.org/>

## Descargo de responsabilidad

El editor, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas y los editores declinan toda responsabilidad por errores o consecuencias derivadas del uso de la información contenida en la revista. Las opiniones expresadas no reflejan necesariamente las del editor, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas ni los editores, y la publicidad no implica ningún aval por su parte.

ISSN 2632-8046



Fundada oficialmente en 1935, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) lleva más de 80 años promoviendo la salud cutánea en todo el mundo. Su precursora se originó en 1889 durante el primero de los numerosos Congresos Mundiales de Dermatología. En la actualidad, el ILDS representa la dermatología al más alto nivel, con más de 170 miembros de más de 80 países, y agrupa a más de 200.000 dermatólogos.

La Fundación Internacional de Dermatología (IFD) se creó en 1987 para desarrollar las actividades de dermatología en salud global del ILDS. En la actualidad, la IFD apoya proyectos en África, Asia-Pacífico y América del Sur. La CSH es la revista oficial de la IFD.



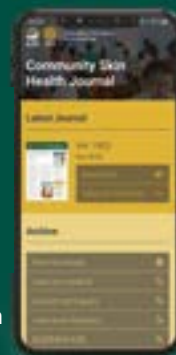
**Aliada de HIFA**  
Información de salud para todos

## ¡Descargue la aplicación!

¡La aplicación CSH está disponible para teléfonos iOS y Android!



ESCANEE EL CÓDIGO QR para descargar la aplicación en su teléfono.



Si realiza compras en línea, puede apoyar económicamente a la revista sin ningún costo adicional. Numerosos minoristas importantes realizarán una donación en función del importe de su compra.

[www.easyfundraising.org.uk](http://www.easyfundraising.org.uk)

## Hágase Amigo de CSH

Por solo 5 \$, 5 £ o 5 € al mes puede convertirse en Amigo de CSH. Su donación periódica nos permitirá enviar más de 10.000 ejemplares de la revista a trabajadores de salud de todo el mundo.

Para más información sobre cómo hacerse Amigo, escriba a

[CSH@ILDS.org](mailto:CSH@ILDS.org)

Promoviendo la salud cutánea mundial mediante la educación

# Community Skin Health Journal